

Att drabbas av cancer

- **En kvalitativ litteraturstudie**

Frida Slotte

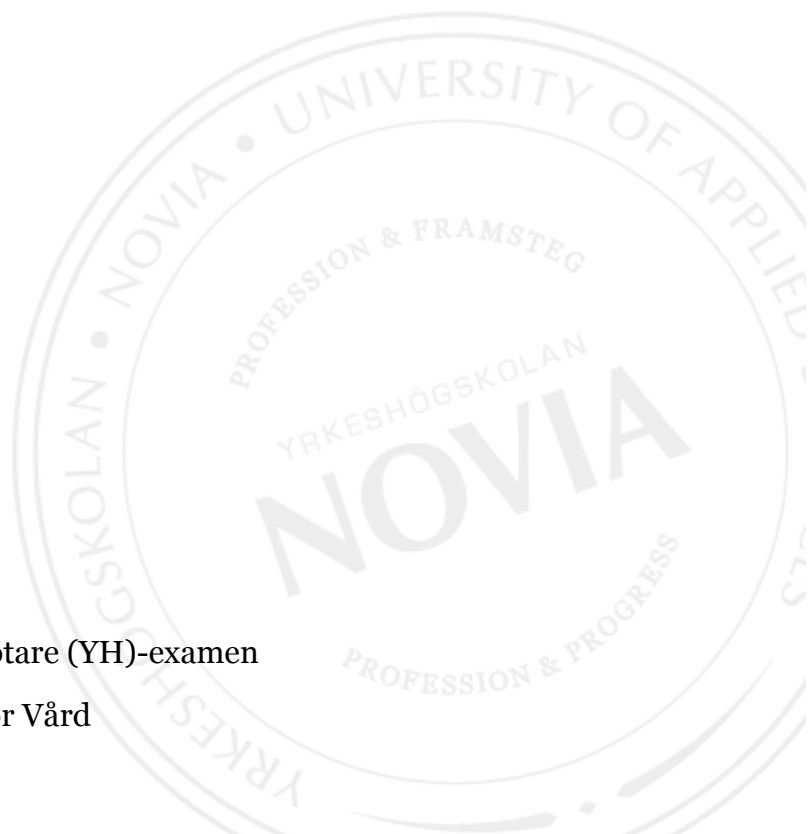
Johanna Björkskog

Linda Koski

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Jakobstad 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Frida Slotte, Johanna Björkskog och Linda Koski

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ: Vårdarbete

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Att drabbas av cancer- en kvalitativ litteraturstudie

Datum: Maj 2014

Sidantal : 32

Bilagor:1

Abstrakt

Syftet med vårt examensarbete är att genom en litteraturstudie öka vår förståelse och kunskap för personer som drabbats av cancer. Vi ville ta reda på hur den cancerdrabbade känner sig, vilka tankar väcks och på så sätt kunna bemöta och stöda den cancerdrabbade. Vi ville också ta reda på vilka olika stödgrupper Österbottens cancerförening har tillgänglig för den cancerdrabbade och hur vi som sjukskötare kan lotsa patienter i rätt riktning för att komma i kontakt med dessa. Frågorna vi ville ha svar på var: Hur kan vi som blivande sjukskötare bemöta och stödja den cancerdrabbade? Hur kan vi som sjukskötare identifiera patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov?

Som teoretisk utgångspunkt har respondenterna använt sig av Lena Wiklunds bok *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, som utgår från Katie Erikssons vårdteori om lidande och hälsa. Teoridelen består av litteratur i det berörda ämnet och artiklarna som använts i resultat redovisningen har sammanfattats i en resumé-artikel. Analysen som använts är innehållsanalys.

I resultatredovisningen framkom vikten av bemötande av cancerpatienter, vilka olika känslor som kan uppkomma och funderingar kring trosfrågor. I de flesta resultat framkom att patienterna vill bli bemötta med respekt och en önskan om att vårdare tar sig tid och vågar prata om existentiella frågor.

Språk: Svenska Nyckelord: cancer, andlighet, smärta, bemötande, omvårdnad

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Frida Slotte, Johanna Björkskog och Linda Koski

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoito, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö

Ohjaajat: Anna-Lena Nieminen

Nimike: Kuin syöpää iskee -Laadullinen kirjallisuustutkielma

Päivämäärä: Toukukuu 2014

Sivumäärä: 32

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuustutkielman kautta lisätä ymmärrystä ja tietämystä ihmisistä, jotka sairastuvat syöpään. Haluamme selvittää, mitä tunteita ja ajatuksia syöpään sairastuneilla on, ja sillä tavalla voida vastata ja tukea heitä. Haluamme myös selvittää, mitä eri tukiryhmiä Pohjanmaan syöpäyhdistyksellä on saatavilla syöpään sairastuneille ja miten me hoitajat voimme neuvoa potilaita oikeaan suuntaan, jotta he saavat näihin yhteyttä. Kysymykset, joihin haluamme saada vastauksia, ovat: Miten voimme tulevana sairaan-hoitajina vastata ja tukea syöpäsairaita? Miten voimme sairaanhoitajina tunnistaa potilaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita?

Teoreettisena lähtökohtana tekijät ovat käyttäneet Lena Wikundin kirjaa *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, joka on lähtöisin Katie Erikssonin hoitoteoriasta kärsimyksestä ja terveydestä. Teoriaosuudessa olemme käyttäneet kirjallisuutta kyseisestä aiheesta ja artikkelit, joita olemme käyttäneet tulosraportissa, on tiivistetty tiivistelmäartikkeliksi. Analyysina on käytetty sisällysanalyysia.

Tulososuudessa tekijät ottavat esiin syöpäpotilaiden kohtelun, mitä tunteita voi esiintyä sekä potilaiden uskonnon. Useimmat tulokset osoittivat potilaiden haluavan, että heitä kohdellaan kunnioittavasti, että hoitajilla olisi aikaa puhua ja että he uskaltavat puhua eksistentiaalisista asioista.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Syöpä, henkisyys, kipu, kohtelu, hoitotyö

BACHELOR'S THESIS

Author: Frida Slotte, Johanna Björkskog och Linda Koski

Degree Programme: Health Care

Specialization: Nursing

Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: To Suffer From Cancer - A Qualitative Literature Study

Date: May 2014

Number of pages: 32

Appendices: 1

Summary

The aim of this thesis is to through a literature study increase our knowledge and understanding for people who suffer from cancer. We wanted to find out how the person who suffers from cancer feels, what kind of thoughts arouse and in what way a person who suffers from cancer can be treated and supported. We also wanted to find out what kind of support groups Österbottens cancerförening has available for those who suffer from cancer and how registered nurses can guide patients in the right direction to get into contact with these groups. The questions we wanted answered where: How can we as future registered nurses treat and support a person suffering from cancer? How can we as future registered nurses identify the patient's physical, mental, social and spiritual needs?

The respondent have used the book of Lena Wiklund, *Vårdvetenskap I klinisk praxis* as theoretical framework which presupposes from suffering and health by Katie Eriksson's theory of care. The theory part is consists of literature on the mentioned theme and the used articles have been summarized in a resume article. The analysis which was used was content analysis.

The reported results showed the importance of treatment of cancer patients, the different emotions that can arise and reflections on matters of faith. Most of the results showed that patients want to be treated with respect and that there is a desire to gain time and mental support by caregivers, i.e. the possibility to discuss existential issues with a carer.

Language: Swedish

Key words: cancer, spirituality, pain, treatment, caring

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställningar.....	2
3 Teoretisk bakgrund.....	2
3.1 Cancerepidemiologi.....	3
3.2 Den traumatiska krisen	4
3.3.1 Chockfasen.....	4
3.3.2 Reaktionsfasen.....	4
3.3.3 Försvarsmekanismer	5
3.3 Existentiell kris, dödstankar och smärta.....	6
3.3.1 Den existentiella krisen.....	7
3.3.2 Dödstankar	7
3.3.3 Smärta.....	7
3.4 Religion.....	8
3.4.1 Tro	9
3.4.2 Andlighet	9
3.5 Bemötande	10
3.5.1 Bemötande och etik i vården.....	10
3.6 Österbottens cancerförening	11
3.6.1 Samtalsgrupper	11
3.6.2 Patientkurator.....	11
3.6.3 Stödpersonverksamhet	12
4 Teoretisk utgångspunkt.....	12
4.1 Hälsa.....	13
4.1.1 Hälsa som välbefinnande, sundhet och friskhet.....	13
4.2 Lidande	14
4.2.1 Patienten - den lidande människan	15
4.2.2 Sjukdomslidande.....	15
4.2.3 Vårdlidande.....	15
4.2.4 Livslidande	16
4.2.5 Lidandets mening.....	16
5 Metoder	17
5.1 Kvalitativ metod.....	17
5.2 Litteraturstudie.....	18
5.3 Innehållsanalys.....	18
6 Resultatredovisning.....	19
6.1 Stödandet av den cancerdrabbade	20

6.2 Kunskap om cancerdrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov	21
7 Tolkning av resultat.....	23
7.1 Stödandet av den cancerdrabbade	23
7.2 Kunskap om cancerdrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov	25
8 Kritisk granskning	26
8.1 Intern logik.....	26
8.2 Struktur	27
8.3 Heuristiskt värde.....	27
9 Diskussion	28
Källförteckning	30
Bilaga	

1 Inledning

”Ett cancerbesked utlöser en kris där vår inre världsbild radikalt förändras på minuter, timmar eller dagar. Vi ställs öga mot öga mot döden och med våra liv. Innebörden i ordet sjuk-dom blir plötsligt uppenbar och det känns verkligen som om en dödsdom avkunnats.”
(Marta Cullberg., 2001)

Det finns över 2000 olika cancersjukdomar och olikheterna dem emellan är större än likheterna. De har alla olika sjukdomsförlopp, orsaker, symptom och vård. (Nilbert, 2013, s.11) Över 28000 nya fall årligen diagnostiserades med cancer i Finland 2007-2011 (Finlands cancerregister, 2014).

Att drabbas av cancer kan för de flesta kännas som om världen rasar samman. Det är omöjligt att förbereda sig även om man haft misstanke om sjukdomen. Att uppfatta diagnosen som en dödsdom ligger nära till hands om man känner någon som inte överlevt sin cancer (Hellbom & Thomé, 2011 s.25.) Många av de som får besked att de har cancer beskriver att tankarna snurrar och att de inte minns mycket av tillfället de fick beskedet. Det kan vara ett stort stöd ifall en anhörig följer med för att träffa läkaren när diagnosen bekräftats. Viktigt att samtalet utförs i lugn miljö utan störningsmoment och med gott om tid för att ställa frågor (Hellbom & Thomé 2011, s.27-28).

Alla som insjuknar i cancer har en mycket tung period framför sig, vissa klarar av att handskas med erfarenheten bättre än andra. Vissa upplever situationen som mycket svår. De kan ha erfarenheter såsom psykiska problem, missbruk som gör dem mera sårbara och gör att en krissituation, som ett cancerbesked innebär, att de kan få svårt att hantera sin nya situation. Att ha flera mänskliga relationer gör att man hanterar krissituationer bättre än ensamman människor. Ifall personen måste hantera flera trauman samtidigt gör detta dem också mera sårbara t.ex. att genomgå en skilsmässa samtidigt som man får cancerbesked. Dessa personer kan vara i behov av mera stöd under cancerbehandlingens gång samt även efter avslutad behandling. Tidigt i mötet med patienter kan man identifiera personer som är mera sårbara. De kan redan från början reagera starkt och vårdpersonalen kan bli mycket engagerade eller känna att personen behöver extra stöd. Även om personen kan uppfattas som stabil kan hon svikta om det samtidigt inträffar andra påfrestande händelser (Carlsson, 2007, s.23-25).

Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Österbottens Cancerförening. Respondenterna vill som blivande sjuksköterskor få ökad förståelse och kunskap om den cancerdrabbade patienten. Vi har valt att ta upp om tiden från diagnostisering fram till behandling. I teoridelen tar vi upp vad cancer är för att läsaren skall få en bild av vad sjukdomen innebär och hur människan påverkas. I arbetet framkommer också vilka stödformer cancerföreningen har att erbjuda den cancerdrabbade.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt examensarbete är att genom en litteraturstudie öka vår förståelse och kunskap för personer som drabbats av cancer. Vi vill ta reda på hur den cancerdrabbade känner sig, vilka tankar som dyker upp och på så sätt kunna bemöta och stöda den cancerdrabbade. Vi vill också ta reda på vilka olika stödgrupper Österbottens cancerförening har tillgängliga för den cancerdrabbade och hur vi som sjukskötare kan lotsa patienter i rätt riktning för att komma i kontakt med dessa.

Vår frågeställning:

- Hur kan vi som blivande sjukskötare bemöta och stöda den cancerdrabbade?
- Hur kan vi som sjukskötare identifiera patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov?

3 Teoretisk bakgrund

Vi har valt att redogöra för vilka tankar som väcks vid ett cancerbesked. Vi har riktat in oss på tiden mellan diagnosen fram tills behandling, operationer börjar. Vi redogör för chockens olika faser, lite statistik och vad som händer i kroppen på cellnivå när cancer utvecklas. Vi tar också i vårt arbete upp om bemötande, religion och smärta. Att vi valt att skriva om smärta, bemötande, religion beror på att vi anser att genom att ha kunskap om dessa saker kan vi som sjukskötare lättare tillmötesgå och stöda en cancerdrabbad.

Vi lyfter också fram vilka olika stödformer Österbottens cancerförening har att bjuda ut åt den cancerdrabbade.

3.1 Cancerepidemiologi

Cancer karaktäriseras av okontrollerad cellväxt som har förmågan att förstöra omgivande vävnad. Det finns cirka 200 olika former av cancer som är en heterogen sjukdomsgrupp. Olika cancer har olika symptom, behandling och prognos. Hippokrates kallade maligna tumörer för karkinos, det grekiska ordet för kräfta, som syftar på att blodkärlen på en malign tumör liknar en kräftas ben.

Cancerceller avviker från normala celler på flera sätt, bland annat genom den ständiga celldelningen, ohämmade celltillväxten, nybildningen av blodkärl och förmågan att tränga sig in i vävnad och metastasera. Cellantalet ökar explosionsartat, celldelningshastigheten varierar mellan olika tumörvarianter men är ganska konstant gällande den enskilda tumören. Beroende på tumörens lokalisation ger sjukdomen olika symptom men allmänna symptom kan uppkomma, bland annat sjukdomskänsla, försämrat allmäntillstånd, trötthet, feber, illamående och viktnedgång. Dessa symptom är kroppens reaktion på inflammationen som canceren förorsakar (Nilbert, 2013, s.19-22)

Cellerna i vår kropp måste kunna dela sig för att utslitna och skadade celler skall kunna ersättas men också för att kroppen skall kunna växa och utvecklas. En cell måste innan den kan dela sig växa till i dubbel storlek och göra en kopia av sitt DNA. Efter denna process delar sig cellen i två celler som är närmast identiska med ursprungscellen. Celldelningen måste vara strikt reglerad därför att om våra celler skulle dela sig så fort de har tillräckligt med näring (som bakterier) skulle vi bli till stora formlösa klumpar utan chans till överlevnad. Av denna orsak finns en rad kontrollsystem i våra celler (Brände'n, 2007, s.169).

Ibland kan det uppstå mutationer i proteinerna eller generna. För det mesta händer inget annat än att cellen med mutationen dör och cellen bredvid delar sig istället. Om mutationen finns i genen för ett protein som deltar i regleringen av celldelningen kan cellen börjar dela sig oftare än vad som är normalt. Cancer kan uppkomma om en cell samlar på sig mutationer av dessa slag. Cellen växer och delar sig onormalt och blir småningom en stor cellklump, tumör. Tumören växer in i vävnaden runtomkring. Ännu flera mutationer kan få tumörceller att släppa taget om varandra. Dessa celler förs med blodet till andra delar av kroppen och bildar dottertumörer, metastaser (Brände'n, 2007, s.170).

3.2 Den traumatiska krisen

Man indelar den traumatiska krisen i fyra delar:

- chockfasen
- reaktionsfasen
- bearbetningsfasen
- nyorienteringsfasen

Varje kris är individuell men dessa fyra faser är de som mest kan särskilja. Faserna kan även uppträda samtidigt (Heiskanen m.fl., 2008, s.19). Vi kommer bara att beskriva chock- och reaktionsfasen eftersom det är i de faserna den cancerdrabbade är när de kommer i kontakt med sjukvården (Carlsson, 2007, s.31).

3.3.1 Chockfasen

Strax efter ett cancerbesked kommer de flesta in i chockfasen, man minns inget vad läkaren sagt under besöket och man har svårt att svara på alla frågor som familjen ställer. Chockfasen varar mellan ett kort ögonblick till flera dagar. Det kan kännas som en fruktansvärd katastrof när läkaren ger diagnosen och hela ens existens är hotad. Mycket av det man tidigare tagit för givet är plötsligt hotat, som en fungerande kropp och en ändlös framtid. Den som får ett cancerbesked förnekar ofta situationen i denna fas för att verkligheten ska bli mer hanterbar. Både patienten och deras anhöriga behöver få tid på sig att ta in det som hänt, detaljer är inte så viktiga ännu och patienten ska inte uppmanas att söka mera information för tillfället. Man ska påminna patienten att det är naturligt att inte minnas alla detaljer. Man ska försöka få uppstrukturerat patientens tillvaro med frågor som: När påbörjas behandlingen? Vad kommer att hända imorgon? Istället för att fråga hur det känns. Som vårdpersonal kan man föreslå att en närstående följer med vid besök på sjukhuset och vid viktiga samtal (Carlsson, 2007 s.25-26).

3.3.2 Reaktionsfasen

När patienten kommer in i reaktionsfasen börjar hon förstå och reagerar på det som hänt. Den vanligaste och mest grundläggande reaktionen i den hotande tryggheten i livet är ångest. Det är inte bara ett hot om att förlora liv, att drabbas av cancer är också ett hot om

en förlorad kontroll över vardagen, osårbarheten och funktionen. Rädsla för ensamhet och hot om separation från viktiga personer leder till starka känslor och upplevelser av sorg, ilska och rädsla. Även skuld- och skamkänslor kan uppkomma under reaktionsfasen. En del personer känner det svårt och ångestfyllt vid några få tillfällen medan det för någon annan får sömnsvårigheter och plågas av ångesten (Carlsson, 2007 s.26-27).

Den som drabbats av cancer söker ofta efter en mening med insjuknandet under den känslomässiga bearbetningen, man fråga sig varför man drabbats. Ibland kan patienten gräva så djupt för att hitta en orsak till insjuknandet som kan sakna all grund och det kan vara svårt för den som lyssnar att förstå. Det är vanligt att patienten har tät kontakt med sjukhuset under reaktionsfasen, man har kanske inlett behandling och har då daglig kontakt med sjukvården. Under denna fas är det oftast många som vill prata om sitt tillstånd och vårdpersonal är oftast bra samtalspartners. Patienten kan, under reaktionsfasen, behöva prata om sina känslor om och om igen, patienten behöver få älja. Chock- och reaktionsfasen utgör krisens akuta fas och brukar i vanliga fall inte pågå längre än några månader men vid insjuknande i cancer får patienten hela tiden nya besked om olika händelseförlopp som försätter patienten i nya chockfaser under resans gång (Carlsson, 2007 s.27-28).

En god vårdorganisation underlättar krishantering under reaktionsfasen. Att få klara besked lugnar patienten och dennes anhöriga. Återkommande samtal med läkare och sjukskötare där informationen upprepas och patienten har möjlighet att ställa frågor. På de flesta ställen finns en speciell kontaktperson t.ex. en cancersjukskötare. Cancersjukskötaren är lättillgänglig och kan ge stöd och information under olika skeden som patienten ska gå igenom. Reaktionsfasen kan göra många patienter rädda för de känslor som blossar upp, för många känns det ovanligt att gråta inför andra, men att få höra att det är normalt att reagera med starka känslor vid insjuknande i cancer kan lugna patienten (Carlsson, 2007 s.29).

3.3.3 Försvarsmekanismer

För att klara av sin livssituation under den akuta krisen som patienten och de närstående genomgår behövs en fungerande försvarsmekanism bl.a. för att minska ångesten. Många patienter går igenom en regression vilket innebär att patienten uppträder på ett sätt som är typiskt för ett tidigare utvecklingsskede t.ex. okontrollerade känsloutbrott. Patienten som går igenom regression kan bli mycket beroende och ställer stora krav på personalen.

Medan en annan patient bara vill bli omvårdad av en och samma personal och kan gråta mycket. Som sjukskötare kan man både känna sig verkligt behövd, viktig och invaderad och begränsad. Det kan vara svårt att tackla att några i personalgruppen blir utvalda medan andra blir bortvalda. Patienten kan även genomgå en reaktionsbildning som innebär att patienten vänder otillåtna känslor till dess motsats. Istället för att känna det negativa som det innebär vid cancer lyfts positiva aspekter fram, som att man känner sig frisk (Carlsson, 2007 s.29).

Projektion innebär att man förlägger svåra känslor på omgivningen för att de kan vara för svåra att känna t.ex. ilska eller ledsenhet. Patienten kan oroa sig för att partnern är ledsen och behöver stöd medan patienten själv kan bära på oförlöst sorg. Eller så upplever patienten att någon annan är arg över att inte diagnosen ställts tidigare snarare än att själv uppleva ilskan.

Förnekelse innebär helt enkelt att man förnekar verkligheten och fakta som delges patienten. Ofta förnekar patienten vissa delar av situationen som att bara ta till sig vissa delar av informationen om vad sjukdomen innebär. Det är både positiva och negativa konsekvenser med förnekelse. Bland annat kan förnekelse innebära att man inte söker sig till sjukvården trots att man har symptom. Samtidigt som förnekelse fungerar som kroppens försvar som underlättar situationen och lindrar ångesten så patienten inte ständigt måste tänka på sjukdomen och dess risker. Att totalt förneka cancerdiagnosen är ganska ovanligt och är ett onormalt tillstånd som leder till stress över att man förnekar en så väsentlig del av verkligheten. Det gör att man inte kan diskutera angelägna saker med sina närmaste och leder till sociala problem (Carlsson, 2007, s.30).

3.3 Existentiell kris, dödstankar och smärta

Efter ett cancerbesked kommer tankar och funderingar kring existentiella frågor och döden. Även funderingar kring hur kroppen kommer att reagera på bl.a. smärta och hur det sociala livet kommer att bli förekommer. Vi anser att vår viktigaste uppgift som sjukskötare är att lyssna på patienten och ge ett gott och sakligt bemötande för att patienten ska känna sig trygg.

3.3.1 Den existentiella krisen

Det är svårt att helt skilja känslorna mellan ”vanliga” kriser och existentiella kriser eftersom alla kriser påverkar personens existens i någon grad. Enligt Bugental (Sand & Strang, 2013) kan man beskriva krisen såhär:

”När krisen blir så kraftig att vi inte längre förmår skydda oss från tankar på döden, meningslösheten, skulden och den existentiella ensamheten – då handlar det primärt om en existentiell kris” (Sand & Strang, 2013)

Vid en existentiell kris blir man starkt påmind om att människan i grund och botten är ensam, man kan dela på mycket i livet men den egna döden kan ingen annan göra åt en. Ens förhållning till döden är den största existentiella utmaningen av alla och handlar till största del om dödsångest, att plötsligt bli medveten om att ens existens är hotad. (Sand & Strang, 2013 s.56-57).

3.3.2 Dödstankar

Livet har aldrig varit lika levande och intensivt som inför ett dödshot som en svår sjukdom innebär. En medvetenhet om döden tvingar en att prioritera, när livet rullar på tenderar vi att skjuta upp saker för att vi undermedvetet räknar med att det alltid ska finnas en framtid. (Sand & Strang, 2013 s. 74-75) När man insjuknar i cancer förändras tillvaron på många olika sätt. Trots att sjukdomen är fysisk så är det inte bara kroppen som drabbas utan även vem man är. Ens tankar och känslor förändras och man kanske inte känner igen dem och man känner sig inte lika levande som förut. Förändringarna kan komma smygande eller slå till plötsligt och kan upplevas som skrämmande både av dem som insjuknat och deras närstående.

Det kan leda till att man inte orkar hantera och kännas vid det inträffade för att skydda sig själv. Men för att man ska orka vidare måste dessa förändringar bearbetas annars riskerar man känslor av överklighet, vanmakt och existentiell ensamhet (Sand & Strang, 2013 s. 44-45).

3.3.3 Smärta

Man blir väldigt kroppsmedveten när man får diagnosen cancer, ångest och tankar väcks så fort man upptäcker ett nytt symptom, symptom som man tidigare inte skulle ha brytt sig om, men som nu för tankarna till cancer. Symptom såsom huvudvärk, ryggvärk och värk i

skuldrorna kan leda till sådana tankar. Därför är det viktigt att berätta åt patienten att fastän man har smärta så behöver det inte bero på cancer, man skall också ha andra allmänna symptom till exempel trötthet, viktnedgång eller oklar blödning (Strang, 2012, s.20).

Smärta och cancer kopplar man ofta ihop och cancer är ännu en fruktad sjukdom trots alla framsteg som har gjorts inom detta område. Symptomet smärta kan vara den första orsaken till att man söker hjälp, 30-40 procent av de som söker hjälp har smärta vid diagnostillfället. Det är också viktigt att man vet att cancerpatienter även kan ha smärta som beror på andra orsaker än cancer (Strang, 2012, s.20-21).

För att kunna förstå en cancerpatients lidande, är smärtans innebörd av stor betydelse. Många patienter tolkar smärtan som så att canceren håller på att sprida sig och på grund av detta så orsakas patienten mycket lidande. Man tolkar smärtan som ett dödshot och man börjar känna efter allt mer, känns smärtan mer så desto ondare har man. Har man smärta för att man till exempel fått cytostatika behandling då är den inte skrämmande på samma sätt utan bara störande. (Strang, 2012, s.118) För att få en så bra smärtbehandling som möjligt är det viktigt att det är god kommunikation mellan patient och vårdare. Detta leder till minskad smärta i och med att patienten känner sig trygg och anpassar sig till behandlingen. För att uppnå god smärtlindring bör det hos vårdaren finnas goda kunskaper om smärtanalys, farmakologisk och icke farmakologisk smärtstillande behandling (Strang, 2012, s. 107).

3.4 Religion

Religion betyder återknyta och syftar på bandet mellan människa och Gud. Föreställningen om en eller flera gudar, andar eller andra övernaturliga fenomen definierar religion. Den har kunnat ge oss religiösa svar på frågor om livets mening, moraliska krav och plikter mot medmänniskor. Religion kännetecknas av myter, ritualer och traditioner. Religion och sjukdom har i alla tider haft ett starkt samband. Idag finns det många olika religioner och största delen har en förklaringsmodell för hälsa och sjukdom, lidande och död. Att tro att Gud rör över hälsa och sjukdom kan, för en person som drabbats av sjukdom, vara till stor tröst men kan även vara en orsak till oro och lidande om man tror att man själv orsakat sin sjukdom genom synd (Sand & Strang, 2013, s. 33-34).

Religion underlättar samarbetet i en grupp och ökar gruppens överlevnadschanser. Man är bättre rustad om man tillhör en grupp jämfört med att vara ensam. Det finns ett moralsystem i religiösa samhällen och samarbetet gynnas av den gyllene regeln och de 10

budorden. Genom att arbeta mot framtida mål anses religionen skydda människan mot hennes egoism. Livet blir mera meningsfullt genom en tro på ett liv efter detta. När mänskliga orsaker inte hittas till det skedda kan det hjälpa att tro på en övernaturlig varelse som styr och ställer. Det behagar behovet av mönster och att hitta orsak till det skedda. (Brattberg, 2008, s. 98-99).

För den som saknar rättesnören och sammanhang i livet fungerar religionen som en hjälpteori. Desto mer man investerar i tron desto mera får man ut av den. Religionen medverkar till lindring, tröst och styrka. Den handlar om hur man skall hantera tillkortakommanden, hjälplöshet, personliga förluster, hantera smärta och hur man ska lida. Nutidens människa drömmer om upplevelser med familj och vänner, ett långt och innehållsrikt liv med god hälsa. När detta av en eller annan orsak inte är möjligt känns livet meningslöst. Känslan av att det egna livet är värdelöst späder på känslan av meningslöshet. (Brattberg, 2008, s. 100).

3.4.1 Tro

Religion är ett sätt att tänka och handla, den är en kompass i livet. Tro kan försätta berg (Brattberg, 2008, s. 100).

Ordet tro säjs ha fyra olika betydelser: Assensus (förnuftets tro), fidelitas (trogen sin övertygelse), fiducia (förtröstan, tillit) och visio (hjärtats tro, kärlek). Tron på Gud är en typ av kärleksrelation som ger livet mening. Motsatsen till tro är övergivenhet, livsleda, hopplöshet, förtvivlan. Forskning visar ett samband mellan tro och hälsa men inte lika tydligt mellan tro och tillfrisknande. Människor med livshotande sjukdomar lever längre för att tro inger hopp. (Brattberg, 2008, s. 100-101).

Många avreagerar sig på Gud för att i nästa fas bara vara inför Gud och lyssna till Guds tilltal. Man tackar Gud för hjälpen när man kommit igenom krisen. (Brattberg, 2008, s. 102).

3.4.2 Andlighet

Andlighet är ett större begrepp än religion men både begreppen överlappar i många avseende. Man behöver inte vara religöst troende för att vara andlig. Andlighet kan definieras som "något större" detta kan vara en egen Gud, naturen, kretsloppet eller en känsla av en större kraft (Sand & Strang, 2013 s. 35-36).

3.5 Bemötande

Bemötande handlar om: vänlighet, hjälpsamhet, människosyn, människovärde, kvalitet, information; korrekt besked och upplysningar, respekt, värme och engagemang, uppträdande, mottagande, behandling, tonfall (Fossum, 2013, s.32-33). Det handlar också om kroppsspråket, hur vi tar emot en patient. Sitter eller står vi i förhållande till patienten, tittar vi i ögonen när vi hälsar. Att vara hjälpsam, vänlig och artig har betydelse för att ge ett gott och respektfullt bemötande. Patienten har också rätt till att få veta personalens namn och vilken arbetsuppgift de har. (Fossum, 2013, s. 30-31)

En affärsidé beskrivs enligt följande: *Personal inom olika typer av vårdyrken möter ofta människor som är oroliga, rädda, osäkra och undrande. Bemötandet kan bli avgörande för hur de uppfattar kvaliteten i omhändertagandet.* Om en patient eller anhörig upplevt vården som dålig är orsaken ofta dåligt bemötande. (Fossum, 2013, s.31)

Bemötande inkluderas indirekt av hur vården utförs och av människosynen. Bemötande i vården och människosyn är något som berör oss alla även om det oftast pratas om pengar och siffror eller spännande forskning vad gäller vården. Alltför sällan diskuteras hur vården egentligen utförs och vilken människosyn som står bakom detta. (Fossum, 2013, s. 31)

3.5.1 Bemötande och etik i vården

”Bemötande är svårt, att ständigt vara en vårdare som bemöter vänligt, artigt, respektfullt, arbetsuppgift om vården skall fungera optimalt” (Fossum, 2013, s. 33).

Bemötandet, som sker i relationen mellan patient och vårdare är läkekonstens centrala del. Ofta vid förfrågan anser patienter och anhöriga att brister i vården handlat om bemötande. Bemöter vi män och kvinnor olika? Skall äldre och unga bemötas olika? Högutbildade och personer med lägre utbildning bemöts troligen olika (Fossum, 2013, s.33-34).

Effekter av bemötande i vården har betydelse. Studier visar att brister i bemötandet beror på personal som saknar omdöme, är osäker, oengagerad och okunnig (Fossum 2013, s. 35).

3.6 Österbottens cancerförening

Österbottens cancerförening grundades 1956 och dess verksamhetsområden är Syd-Österbotten, Österbotten och Mellersta Österbotten. Föreningens verksamhetspunkter finns i Karleby, Jakobstad, Vasa och Seinäjoki. Föreningens mål är att förbättra välmående hos cancerpatienten och dennes anhöriga, stöda vetenskapliga forskningar, främja tidig diagnostik och att delta i att minska risken för cancerinsjuknande (Österbottens cancerförening 2013a).

Stödformerna som cancerföreningen erbjuder är samtalsgrupper, patientkuratorer, stödpersonsverksamhet, motionsgrupper, rehabiliteringsgrupper, palliativ hemsjukvård och ekonomiskt understöd (Österbottens cancerförening 2013a).

Vi har valt att i vårt examensarbete lyfta fram samtalsgrupper, patientkuratorer och stödpersonverksamheten. Eftersom vi riktar oss till patienter som befinner sig mellan diagnos och behandling anser vi att de är i störst behov av dessa stödformer.

3.6.1 Samtalsgrupper

Samtals-/ peergruppens målsättning är att hjälpa den cancerdrabbade att anpassa sig till den nya livssituationen. I gruppen kan patienten utbyta erfarenheter och tankar med andra cancerdrabbade men också få stöd av varandra. Samtalsgrupperna leds av sjukskötare eller annan sakkunnig inom cancervården.

Om behov finns ordnas samtalsgrupper för patienter med gynekologisk cancer, prostata cancer, cancer i mag-tarmkanalen, för anhöriga osv. (Österbottens cancerförening 2013b).

3.6.2 Patientkurator

Patientkuratorn finns till för cancerpatienter och deras anhöriga. I samband med diagnosen, kan man diskutera, få stöd och verktyg för att klara av den kris som diagnosen medför. Patientkurator är viktig för anhöriga så att de klarar av att stöda den sjuke och förbereda sig för det som komma skall (personlig kommunikation med cancersköterskan Kung, 25.4 2014)

3.6.3 Stödpersonverksamhet

Att insjukna i cancer förändrar den sjukes och de anhörigas vardag. Att bli sjuk innebär utmaningen att komma igenom sjukdomen helskinnad, men det finns inte alltid en färdig modell för att klara av det. Många är de frågor och tankar väcks. Vardagsrutinerna får läggas om och att planera för framtiden börjar kännas osäkert (Österbottens cancerförening 2013c).

Målet med stödpersonverksamheten är att stöda den cancerdrabbade och dennes anhöriga i den förändrade livssituationen. Den nyinsjuknade kan genom samtal med stödpersonen, som kanske varit i samma situation men kommit ur den, bena ur sin situation genom diskussioner om tankar och erfarenheter patienten har (Österbottens cancerförening 2013c).

Stödpersonen är inte expert inom hälsovård utan en frivillig, för uppgiften utbildad person som själv haft cancer eller har en anhörig som har haft cancer eller personen vill hjälpa till. Den cancerdrabbade bestämmer själv när han/hon vill ha/behöver en stödperson, först då kommer stödpersonen in i den cancerdrabbades vardag (Österbottens cancerförening 2013c).

Den utbildade stödpersonen kan göra anpassningen till den ändrade livssituationen som cancer orsakat lättare. De stöder och lyssnar. Man finner ett gemensamt språk genom de egna erfarenheterna. Stödpersonen kan fungera som modell för hur man återvänder till ett normalt liv och genomlever sjukdomen.

Stödpersonen är ett komplement till patientens vårdhelhet och fungerar som en stödande kraft för patienten (Österbottens cancerförening 2013c).

4 Teoretisk utgångspunkt

Vi har i vårt examensarbete använt Lena Wiklunds bok *vårdvetenskap i klinisk praxis* som utgår från Katie Erikssons vårdteori. Vi har valt att lyfta fram hälsa och lidande eftersom dessa två är speciellt framträdande vid cancersjukdom.

Att drabbas av cancer innebär lidande, fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Fysiskt genom smärtor och eventuella operationer, psykiskt genom smärtor och att vara tvungen att bearbeta det skedda, socialt genom att det sociala livet ändrar och andligt genom att trosfrågor och funderingar kring döden och vår existens kommer upp i ens tankar.

Att ”lära sig” eller att ”förstå” handlar inte bara om att ta till sig ny kunskap teoretiskt utan också att förstå det vi redan vet men på ett annorlunda sätt (Wiklund 2003 s. 17).

4.1 Hälsa

Hur hälsa och ohälsa uppfattas är avgörande för människobilden. När människan upptäcker att hälsan inte kan tas för given uppmärksammar hon den (Wiklund 2003 s.78).

I arbetet som vårdare är det viktigt att ha utgångsperspektivet på människan och hälsan klart. Vad vårdaren tar fasta på i målsättningar för vården och patientanalysen avgörs i det teoretiska perspektivet. Betraktar vårdaren människan bara som en biologisk kropp blir konsekvensen av ohälsa en kroppslig dysfunktion. Sjukdomen, ex. depression förklaras som rubbningar i hjärnans signalsubstanser och den kan botas genom att återställa balansen i hjärnan. Målet för vården blir att återställa ”normalvärden” och datainsamlingens viktigaste mål är nivån av signalsubstanser (Wiklund 2003 s. 79).

En vårdvetenskaplig hälsobild ställer människans hälsa och lidande i fokus snarare än sjukdomen. Vårdvetenskapen beskriver inte hälsa som en motsats till sjukdom utan som ett utgångsläge i sin natur. Vårdaren försöker i det vårdvetenskapliga perspektivet kartlägga patientens upplevelser av hälsa och lidande och hur patienten uttrycker dem. Vårdens syfte är att lindra patientens lidande och hjälpa och stöda där det behövs för att patienten skall uppleva hälsa (Wiklund 2003 s. 79).

4.1.1 Hälsa som välbefinnande, sundhet och friskhet

Hälsa verkar som ett komplicerat underverk med stor omfattning. Hälsan är föränderlig. Det går inte att dra precisa och klara gränser för vad hälsa är eller vad som inte är hälsa. Uppfattningen om hälsa varierar mellan olika personer och för en och samma person kan hälsa uppfattas olika beroende på tidpunkt i livet (Wiklund 2003 s. 79).

Hälsa är beroende av människans förhållande till världen och hälsan är en del av människans liv. Hälsan samspelar med den kulturella och sociala miljön och den påverkas av den yttre miljön i form av stress, miljögifter, klimat etc. Vårt biologiska arv är också viktigt för hälsan. Hälsa är förknippad med hela människan och kan framställas som en upplevelse av *sundhet, friskhet och välbefinnande* (Wiklund 2003 s. 79).

Begreppet sundhet betyder två saker. *Personen är orienterad till tid, rum och person.* Andra betydelsen är att personen är hälsosam, förmår handla på ett hälsosamt sätt genom att ha konsekvensinsikt. Upplevelser i livet påverkar oss på olika sätt och hur vi tolkar saker grundar sig på tidigare erfarenheter. Kan vi tolka det vi möter principfast och riktigt ökar möjligheten att kunna hantera händelsen sunt. Hälsa som sundhet kan ses som en följd av hur väl människan kan klara av svårigheter i livet på ett emotionellt och kognitivt plan (Wiklund 2003 s.80).

Begreppet friskhet kan enkelt beskrivas som ”frånvaro av sjukdom”. Friskhet har alltså med olika fysiska egenskaper att göra. En frisk person fungerar på ett tillfredsställande sätt fysiologiskt. Organen och dess system fyller sina funktioner (Wiklund 2003 s.80).

Välbefinnande är ett fenomenologiskt begrepp. Välbefinnande uttrycker en känsla hos en person och utgår från dennes livsvärld. Omgivningen har svårt att sätta upp objektiva kriterier för välbefinnande. Välbefinnande är personligt och unikt och *har att göra med personens inre upplevelser* (Wiklund 2003 s.80).

Vi kan mäta hälsa i formen friskhet, sundhet. Detta kan göras direkt eller indirekt, via ex. laborativvärden. Friskhet och sundhet kan betraktas objektivt av individen eller någon annan person. Välbefinnande har inte objektiva bedömningsgrunder utan är subjektiva upplevelser. Upplevelsen av hälsa och ohälsa kan vara subjektiv (Wiklund 2003 s.80-81).

4.2 Lidande

Lidandet beskrivs ofta som någon form av hot, kränkning eller förlust av människans själv. Lidande handlar om en inre process och inte enbart om att observera symptom. Lidande kan vara förenat med skuldkänslor och en känsla av att förlora kontrollen. Dessa gemensamt leder ofta till att människan tystnar och blir sluten. Den som lider har svårt att förmedla och dela sina känslor med andra vilket leder till att den lidande känner sig främmande och avskuren från andra människor. Vårdarens uppgift är att få patienten att börja berätta om sitt lidande (Wiklund 2003 s. 96-97).

Trots daglig kontakt med lidande patienter har vårdare och också patienterna svårt att prata om det. En konsekvens av att vårdarna distanserar sig från patientens lidande kan vara att vårdarna i skolan lär sig att betrakta patienten objektivt för att undvika att personliga värderingar inverkar på vården. Risken blir att vårdarna koncentrerar sig på symptomlindring, på det yttre som förefaller vara konkret och är relativt enkelt att åtgärda.

Istället borde vårdaren närma sig patienten ur ett helhetsperspektiv med fokus på lidande och existentiella tankebanor (Wiklund 2003 s.97).

4.2.1 Patienten - den lidande människan

Lidande beskrivs av Eriksson (1994, 1997) som den mest centrala upplevelsen av patientens värld. Upplevelsen av lidande kan ha sitt ursprung i olika delar av patientens verklighet (Wiklund 2003 s.102).

Man kan tala om livs-, vård- och sjukdomslidande beroende på var källan till lidande finns (Wiklund 2003 s.102).

4.2.2 Sjukdomslidande

Till sjukdomslidandet hör fysiska symptom som tryck över bröstet och smärta vid hjärtsjukdom. Patienten försöker undvika lidandet genom att förneka omständigheterna kring lidandet. Han/hon bortförklarar symptomen som dålig kondition istället för att inse att hjärtat inte fungerar lika effektivt som tidigare. Patienten börjar undvika sådant som utlöser smärtan och konsekvenserna blir att han/hon känner sig begränsad. Genom att söka efter harmoni och balans i sitt levnadssätt försöker patienten hantera lidandet.

Istället för ansträngande aktiviteter utförs lugnare aktiviteter så som läsning, umgås med barnbarn osv. Sjukdomslidande aktualiseras då patienten får sin diagnos, rädslor och farhågor blir bekräftade. Patienten måste konfrontera allvaret i situationen och kraven på förändrad livsstil när diagnosen fås (Wiklund 2003 s.102-03).

4.2.3 Vårdlidande

Vårdlidande är ett lidande patienten upplever som en följd av behandling och vård eller avsaknad eller brister av dessa. Vårdaren har stora möjligheter att utplåna den här typen av lidande när den uppmärksammas. Vårdlidande upplevs många gånger som en kränkning och kontrollbrist. Vårdlidande handlar om hur patientens lidande ökar genom brister i vårdens organisation och genomförande. Patientens problem och symptom kan förvärras om vården uteblir eller blir felaktig, ex. utebliven smärtmedicinering. De nya begränsningarna i livet och smärtan som sjukdomen medför leder till upplevelse av att tappa kontrollen. Det är också kränkande att bli misstrodd när man berättar om symptom och smärtor. Vårdlidande kan också vara att en operation skjuts upp eller ställs in. *Detta kan upplevas som att man fråntas sitt värde (Wiklund 2003 s.104-105).*

Vårdlidande kan komma till uttryck genom att patienten upplever att han/hon inte får vara patient. Känslan av trygghet bunden till att någon annan har kontrollen försvinner genom detta (Wiklund 2003 s.105).

4.2.4 Livslidande

Livslidandet berör människans hållning till sig själv och hennes verklighet och berör således hela människans liv. Livslidandet aktualiseras ofta när människan blir sjuk men är mer eller mindre påtagligt i människans liv även när hon är frisk. Hela människans existens hänger samman med livslidandet (Wiklund 2003 s. 108).

I livslidandet tar ”att göra rätt för sig”, prestation och aktivitet en central roll. Alltså den grundläggande hållningen till livet. Människan håller lidandet ifrån sig genom att vara aktiv och högpriesterande. Upplevelsen att inte kunna leva upp till sin roll är knutet till livslidandet och rädsla att förlora sin ställning och funktion i det sociala livet och i arbetslivet (Wiklund 2003 s. 108-109).

Frågor om liv och död aktualiseras, människan blir tvungen att konfrontera den egna personen, vem är jag, vem har jag varit, vem hoppas jag förbli eller bli. Reflektion över sjukdomen (som kan upplevas som ett straff) och hur framtiden skall bli förekommer. Eftersom personen lever i kampen om liv och död och livsfrågor aktualiseras är det viktigt att han/hon lyckas lösa spänningsförhållandet, annars är risken att människa successivt bryts ned stor (Wiklund 2003 s.109-110).

4.2.5 Lidandets mening

Lidande blir lättare att bära om den lidande upplever mening trots att lidande i sig anses sakna mening. För att uthärda lidande är upplevelsen av mening viktig men den är också viktig för att människan skall kunna uppleva sig som en enhet. Upplevelse av meningslöshet leder till att människan har svårt att överblicka vad som händer. Han/hon får svårt att se samband mellan olika händelser, tillvaron blir kaotisk och splittrad (Wiklund 2003 s. 138-139).

Om människan kan relatera till en situation fylld av mening är det möjligt för honom/henne att finna mening i lidandet. Det blir då möjligt att uppleva lust, glädje och hopp (Wiklund 2003 s.139).

Livsfrågor blir aktuella när människan försöker finna mening med lidande. En central vårdhandling är *att hjälpa patienten att uppleva mening i sitt lidande* enligt många forskare bl.a Brailer, Starck & McGovern, Eriksson, Halldorsdottir (Wiklund 2003 s.139).

Vårdarens roll blir här att vara närvarande, lyssna, visa medlidande och ge patienten möjlighet att uttrycka sitt lidande (Wiklund 2003 s.139).

Människan kan komma närmare sig själv när hon/han utkämpar lidandets kamp genom det ofrånkomliga lidandet. Genom att människan tvingas möta livsfrågor, gott och ont, skam och värdighet kan hon på ett nytt sätt börja förstå sig själv. Människan kan uppleva hopp och glädje om hon lyckas försonas med lidandet. Detta innebär inte att lidande skall glamoriserats. Omvårdnad handlar om att lindra människors lidande (Wiklund 2003 s.140).

Det är av största vikt att lidandet inte förnekas. Vi skall erkänna och bekräfta dess existens för att kunna lindra lidandet och vara öppen för hur lidande tar sig uttryck hos varje enskild individ (Wiklund 2003 s.140).

5 Metoder

Vårt examensarbete kommer att vara en kvalitativ litteraturstudie och vi kommer att använda oss av innehållsanalys när vi skall analysera data vi fått fram. I detta kapitel kommer vi att ta upp om vad för sorts studie vårt arbete är och vad vi kommer att använda oss av för dataanalysmetod.

Insamling av data kommer att ske med hjälp av artiklar från den senaste forskningen inom cancer. Samarbete görs med cancersjuksköterskan i Jakobstad och cancerföreningen i Österbotten. Respondenterna har även hittat artiklar genom snöbollseffekten, genom att använda sig av källor som tidigare forskning använt. Genom att prata med cancersköterskan i Jakobstad har vi även fått förslag på material till vårt examensarbete.

5.1 Kvalitativ metod

Använder man sig av kvalitativa metoder handlar det om att man vill veta mera om uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder som människan har om en viss sak.(Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 73) När det gäller kvalitativ metod undersöker man inte enskilda faktorer t.ex. intervjuer var för sig utan man studerar helheten av alla intervjuer (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 182).

5.2 Litteraturstudie

Inom varje forskningsprocess går man igenom litteratur som finns inom det område man tänker forska inom, man går även igenom vilka metoder man har använt sig av. Det finns två olika litteraturstudier i vetenskapliga tidskrifter, den allmänna och den systematiska. I den först nämnda brukar man inte göra någon kritisk granskning över de artiklar man går igenom och man analyserar och skildrar artiklarna utan att ta i beaktande hur artiklarna valts ut eller varför man valt dem. På grund av detta kan det vara svårt för läsaren att veta om artikeln är tillförlitlig eller inte. I den andra studien tas informationen ur ursprungskällor såsom vetenskapliga artiklar och rapporter. Detta betyder att artikeln är skriven av den som gjort undersökningen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s.173).

De flesta artiklar vi kommer att använda oss av är gjorda som systematiska litteraturstudier. Vi har valt denna studie eftersom vi tycker att vi kan få mycket kunskap genom att läsa och analysera artiklar inom vårt valda område.

När man använder sig av en systematisk litteraturstudie bör det finnas tillräckligt med studier som är av god kvalitet som man använder som bas när man bedömer och drar sina slutsatser. Man skall ha en tydligt formulerad fråga som man får besvara genom att identifiera, välja, värdera och analysera (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-27).

En systematisk litteraturstudie innefattar det att man motiverar varför studien görs, att man har frågor som går att besvara och att man har en plan för litteraturstudien. Det skall också uppkomma vilka sökord och vilken sök strategi man har använt sig av. Man väljer litteratur i form av vetenskapliga artiklar och man granskar och värderar kritiskt det material man valt. Till sist skall man analysera och diskutera resultaten man fått fram och sammanställa detta. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 31-32)

5.3 Innehållsanalys

Vårt examensarbete kommer att vara en kvalitativ litteraturstudie och vi kommer att använda oss av innehållsanalys när vi skall analysera data vi fått fram.

När man skall analysera material man har samlat in, gäller det att skapa en helhetsbild av materialet och det kan vara en utmaning. Det är viktigt att man noga läser igenom sitt material, vid behov kan man göra anteckningar för att göra det enklare för sig. När man sammanställer gör man en så kallad resume´artikel där man lyfter fram artikelns syfte,

metod som använts och vilka resultat man kommit fram till. Man sammanställer allting genom att använda sig av en tabell (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 180-181).

Det huvudsakliga sättet man använder när man gör en innehållsanalys är att man arbetar på ett sådant sätt att man organiserar och gradvist klassificerar data för att man lättare kunna urskilja mönster och teman. Denna metod används huvudsakligen inom områden som humanvetenskap, beteendevetenskap och vårdvetenskap. Man kan använda sig av olika modeller för att analysera innehållet i texten man läst (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 159).

Det finns två olika innehållsanalyser. Manifest innehållsanalys, där gör man en analys av direkt synliga teman som är lätta att se. Detta gör man med hjälp av kvantitativa beräkningar. Vid latent innehållsanalys gör man en identifiering av teman som inte är lika synliga och här kan man behöva hjälp av olika koder för att kunna tydliggöra ett dolt innehåll i en text (Forsberg & Wengström, 2013, s. 151).

När reponenterna läste igenom sina artiklar kom det fram att artiklarna berörde nästan samma saker. Huvudkategorierna valdes så att de syftar till arbetets frågeställningar och underkategorierna till huvudrubrikerna är teman som berörde både Stödandet av den cancerdrabbade och Kunskap om den cancerdrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. För att få en överblick över artiklarna gjordes en resuméartikel.

6 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer respondenterna att presentera resultat som har hittats i de vetenskapliga artiklarna. Vi har läst igenom våra artiklar och analyserat dem enligt den analysmetod vi valt och sedan placerat dem i olika kategorier. De **huvudrubriker** vi har identifierat är **stöd och kunskap**. *Underkategorier* till dem är ***bemötande, kommunikation, känslor, närhet, andlighet***. Vi gjorde en resumé av artiklarna vi hittat, där årtal, författare, syfte med forskningen, metod forskarna använt och resultatet framkom. (se Bilaga)

6.1 Stödandet av den cancerdrabbade

Bemötande

Kvåle m.fl.(2007) har i sin undersökning kommit fram till vilka önskemål patienterna har på sjuksköterna. Patienterna vill bli behandlade med respekt och de ansåg att bra information är en viktig del av vården och vill att sjuksköterskor och doktorerna skall vara ärliga mot dem, de vill inte att man säger en sak och sen gör nått helt annat. De vill bli informerade, tillfrågade och få möjlighet att diskutera behandlingen av sjukdomen, men de vill överlåta beslutandet åt doktorn. Patienterna vill känna sig delaktiga i besluten som tas angående deras vård och de vill bli behandlade som partners.

För att skapa en nära relation med patienten och dess anhöriga skall sjukskötaren vara närvarande, lyssna aktivt och ta del av patienternas historier och övertygelser. De skall även respektera deras tro, för att skapa en nära relation med patienten och dess anhöriga. (Iranmanesh, S. m.fl. 2009)

I undersökningen som gjorts av Mårtensson m.fl.(2010) framkom att sjuksköterna ansåg att de tröstade, lyssnade och pratade mer med patienter som var mera oroliga, än vad de gjorde med de som sjuksköterna ansåg vara mindre besvärade av känslomässiga besvär.

Enligt Thorne m.fl. (2009) uppskattar patienter de i vårdpersonalen som har ögonkontakt, tillkallar patienten vid namn och upprätthåller lämplig kroppskontakt. Patienterna uppskattade ett individuellt anpassat informationsflöde där man förklarade detaljer som patienten kunde hantera. Informationen upplevs som svår om mycket terminologi används. Att ha en ömsesidig dialog med sin vårdare uppskattades, att mötet inte bara blev en informationsöverföring. Att vårdaren även visade intresse för vem patienten är hur de påverkats av situationen. En av de viktigaste sakerna för patienten var att känna en liten gnutta hopp inför framtiden, det gjorde att vissa patienter hade en större ork att ta sig igenom sin sjukdom.

Kommunikation

I Gill och Duffys litteraturöversikt (enligt Thorne; 1999 & Lyedon, 2000) framkom att god kommunikation är hörnstenen i vårdandet och utgör en väsentlig del i vården av cancersjuka. De tar också fram (enligt Maquire & Pitceatly, 2003) att många som jobbar inom hälsovården är rädda för att fråga av patienterna om deras okontrollerade känslor såsom ilska och förtvivlan. Detta beror på att vårdare som inte jobbar på speciella

avdelningar ämnade för cancersjuka inte är förberedda att handskas med känslomässiga utbrott. God kommunikation är ur patientens synvinkel den viktigaste aspekten i vården. (Thorne, 1988 & Wood and Ward, 2000) I undersökningen gjort av Thorne m.fl.(2009) berättade 25 av 60 patienter om negativ kommunikations erfarenhet.

I undersökningen gjort av Hubbart m.fl. (2009) framkom att vissa patienter har svårt att bearbeta information, och då kan vårdaren fungera som informatör mellan patient och kliniken där patienten skall få sin behandling. Vårdaren är aktivt engagerad och tar emot den information patienten behöver få veta, för att sedan senare efteråt förmedla informationen och förklara för patienten.

6.2 Kunskap om cancerdrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov

Känslor

Största delen av de som nyligen drabbats av cancer får någon form av dödsångest. Det kan ta sig uttryck genom ilska, förtvivlan, rädsla eller sorg. Många fokuserar på nutid och kommande behandlingar, men även en underliggande oro för framtiden. Rädslan för den nedsatta självständigheten är stor och att gradvist brytas ned av sjukdomen blev en metafor för att dö. Vissa patienter hade svårt att förklara sin rädsla. Det som skapade svår existentiell ångest var tanken på att skiljas från sin familj, att lämna sina barn. Ångesten leder ofta till motsägelser som att patienten kan säga att döden inte skrämmer dem för att i nästa mening tala om hur rädda de är för att dö (Adelbratt & Strang, 2000).

Adelbratt & Strang (2000) menar också att för att klara av att ha döden så nära in på livet använder patienten en rad anpassningsmekanismer; distraktioner för att hålla hotet om döden ifrån sig, förnekelse, minimering eller emotionell isolering. Närheten till döden kan också ge entusiasm och omvärderingar i livet. Familjen gav ny mening och kraft att kämpa vidare. En del människor kände en total brist på mening i sina liv som kännetecknas av en önskan om att snart dö.

Många patienter var tacksamma över möjligheten att få prata om döden men upplevde att personalen var rädda att prata om döden och döendet. Vårdaren måste lära sig känna igen den dolda dödsångesten för att kunna stödja patienten i deras förtvivlan, ensamhet, ångest och kunna lyssna på både uttalade och outtalade ord. Genom stöd kan den existentiella

ångesten omvandlas till existentiell smärta, som kan innebära acceptans och är därför lättare att leva med (Adelbratt & Strang, 2000).

Enligt Stephens P. m.fl. (2009) kan vissa cancerpatienter visa en större oro för kemoterapi än själva cancer.

I Gill och Duffys litteraturöversikt (enligt Rustoen et al, 2003) framkom att för att kunna jobba och ha god kommunikation med cancersjuka så krävs det av sjuksköterskan att denne har hög kompetens och förmåga att hantera stress och spänningar. Detta för att kommunikation med personer som lever med livshotande sjukdomar är mångskiftande och känslomässigt krävande. Ju mer erfarenhet en sjuksköterska har inom cancervården desto mer bekväm och säkrare är de med att inte ha alla svar och att bara kunna finnas till. (Quinn, 2003)

Närhet

I undersökningen av Iranmanesh, m.fl. (2009) kom det fram att närhet i relationen mellan vårdare och patient uttrycktes med hjälp av beröring. Man använde sig ofta av beröring i situationer som kännetecknas av ångest och fysisk smärta och var ett sätt att trösta barn och ungdomar med cancer.

Denna närhet gjorde det också möjligt för sjuksköterskorna att bevara hoppet bland sina patienter och bygga upp förtroendet till en nivå där de ibland kunde övertyga tvivlande människor med cancer att genomgå svåra behandlingar med kemoterapi.

Andlighet

Att ge andlighet utrymme betyder enligt Lundmark (2005) att göra det möjligt att diskutera existentiella frågor med t.ex. personalen, att kunna utöva sin religion under sjukhusvistelsen genom att utöva andakter och att personalen ger information om var präst eller psykolog finns tillgänglig. I den andliga omvårdnaden bör personalen försöka se hela människan och dennes anhörig. Finnas till hands för patienterna och att göra gott mot dem genom att visa empati, stöda, trösta, ta sig tid, ha goda tankar om patienten, vara trygg och öppen. Personalen bör visa respekt för patienternas andliga behov och inte påverka patienten med egna åsikter.

Lundmark (2005) menar också att det kan bli problematiskt om vårdaren inte är religiös eller andlig eftersom personen då känner att han/hon inte har något att ge eller om patienten har en annan trosuppfattning än vårdaren. Vårdaren kan också känna en

osäkerhet eller rädsla för att stöta sig med patienter eller begå övertramp, känner osäkerhet och rädsla för det okända och att vara tvungen att öppna sig för patienten i en vårdssituation. Brist på livserfarenhet och brist på kunskap i frågan om att ge andlig omvårdnad väcker osäkerhet. Andlighet är mycket privat och ämnet är svårt att hantera och beröra, speciellt om patienten själv inte tar upp ämnet till diskussion. Men det finns också patienter som inte vill prata om andliga problem eller som inte uttrycker någon önskan kring andliga behov.

Människor har rätt och även ansvaret för att göra beslut om sina egna liv, även när de behöver sjukhusvård. Därför är värderingar såsom respekt, hänsyn och känslighet för patienters integritet, deras behov och övertygelser och deras rätt att fatta egna beslut viktiga och skall starkt betonas. Det är inte acceptabelt för någon att behandla en annan person på ett kränkande sätt och önskemål från patienterna måste alltid beaktas. Även patientens kulturella och sociala behov, det vill säga patienternas frihet att välja livstid, skall respekteras. (Strang, S. m.fl. 2002)

7 Tolkning av resultat

I detta kapitel kommer respondenterna att tolka resultaten ur de vetenskapliga artiklarna mot de teoretiska utgångspunkterna: Katie Erikssons hälsa och lidande men även mot den teoretiska bakgrunden. Tolkningen framställs enligt de kategorier som respondenterna tog upp i resultatredovisningen.

7.1 Stödandet av den cancerdrabbade

Iranmanesh m.fl.(2009) har i sin undersökning kommit fram till att vill man som vårdare ha en bra relation till cancerpatienter skall vårdaren vara närvarande, lyssna aktivt och ta del av patienternas historier och övertygelser. Vårdaren skall även respektera patientens tro, för att skapa en nära relation med patienten och dess anhöriga. I den teoretiska bakgrunden (Carlsson, 2007 s.27-28) framkommer att många patienter vill prata om sitt tillstånd och vårdpersonal är oftast bra samtalspartners. Wiklund (2003 s.79) skriver i sin bok att vårdens syfte är att lindra patientens lidande och hjälpa och stöda där det behövs för att patienten skall uppleva hälsa. För att som sjukskötare kunna stöda en cancerdrabbad patient skall sjukskötaren kunna ta sig tid att lyssna på patienten.

När en människa drabbas av cancer och på så sätt kommer i kontakt med vården har undersökningar visat vilka önskemål patienterna har på sjukskötarna. De vill bli bra och sakligt bemötta av vårdpersonalen, bli behandlade med respekt och få ärlig information. De vill även ha möjlighet att diskutera behandlingen av sin sjukdom men vill överlåta beslutsfattandet av vårdformen åt läkaren (Kvåle m.fl. 2007). Enligt Wiklund (2003 s.104-105) kan avsaknad av vård leda till att patienten upplever vårdlidande. Att inte bli trodd när patienten berättar om t.ex. smärta kan leda till att patienten känner sig kränkt. Patientens problem och symptom kan förvärras om vården uteblir eller blir felaktig. Respondenterna tolkar detta som att vårdpersonalens viktigaste uppgift är att bemöta patienterna med respekt, ge ärlig information och lyssna till patienten. I annat fall kan patienten uppleva vårdlidande och patienten kan känna sig kränkt och problem och symptom kan förvärras.

Att vårdaren visar intresse för patienten påverkar situationen positivt enligt Thorne m.fl (2009). Patienterna orkar ta sig igenom sin situation bättre om de känner en liten gnutta hopp inför framtiden. Patienten uppskattar om vårdpersonalen har ögonkontakt, tilltalar patienten vid namn och upprätthåller en lämplig kroppskontakt. Att ställa människans hälsa i fokus istället för sjukdomen ger en vårdvetenskaplig hälsobild enligt Wiklund (2003 s.79) Vårdaren bör kartlägga hur patienten uttrycker upplevelser av hälsa och lidande. Vårdens syfte är att lindra patientens lidande och hjälpa och stöda där det behövs för att patienten skall uppleva hälsa. Detta tolkar vi som att vårdarens intresse för patienten är av stor vikt i vården. Att visa ett genuint intresse för patienten och dennes hälsa är viktigt för att patienten skall känna välmående och vårdpersonalen bör kunna ge hopp inför framtiden men även vara realistisk.

Enligt Maquire och Pitceatly (2003) är många som jobbar inom hälsovården rädda för att fråga av patienterna om deras okontrollerade känslor såsom ilska och förtvivlan. Detta beror på att vårdare som inte jobbar på speciella avdelningar ämnade för cancersjuka inte är förberedda att handskas med känslomässiga utbrott. Wiklund skriver i sin bok (2003 s.139) att vårdarens roll är att vara närvarande, lyssna, visa medlidande och ge patienten möjlighet att uttrycka sitt lidande. I och med detta tolkar respondenterna det som så; om sjuksköterskorna har dessa egenskaper som Wiklund beskriver så kan sjukskötaren vara ett bra stöd för patienten. Vet man inte hur man skall handskas med patientens olika känslor kan det hända att patienten känner att denne blir illa bemöt av sjukskötaren.

7.2 Kunskap om cancerdrabbades fysiska, psykiska, sociala och andliga behov

Adelbratt & Strang (2000) anser att vårdaren måste lära sig känna igen den dolda dödsångesten för att kunna stödja patienten i deras förtvivlan, ensamhet, ångest och kunna lyssna på både uttalade och outtalade ord. I Wiklunds bok (2003 s.97) framkommer att vårdaren borde närma sig patienten ur ett helhetsperspektiv med fokus på lidande och existentiella tankebanor därför att risken finns att vårdarna koncentrerar sig på symptomlindring, på det yttre som förefaller vara konkret och är relativt enkelt att åtgärda. Med detta anses att sjukskötaren skall var lyhörd och vårda hela patienten och inte bara det sjuka.

I en undersökning gjort av Iranmanesh, m.fl. (2009) framkom att man använde sig av beröring i situationer som kännetecknas av ångest och fysisk smärta. Detta tröstade och bevarade hoppet hos patienterna, samt byggde upp förtroendet för att kunna övertyga tvivlande människor med cancer att genomgå svåra behandlingar med kemoterapi. Omvårdnad handlar om att lindra människors lidande (Wiklund 2003 s.140). För att uppnå god smärtlindring bör det hos vårdaren finnas goda kunskaper om smärtanalys, farmakologisk och icke farmakologisk smärtstillande behandling (Strang, 2012, s. 107).

Det tolkas som att sjukskötarna har kunskap om hur de kan hjälpa och lindra patienternas lidande, både psykiskt och fysiskt.

Enligt Lundmark (2005) bör personalen visa respekt för patientens andliga behov. Att ge utrymme för andlighet som att diskutera existentiella frågor med patienten och ge information om var präst eller psykolog finns tillgänglig. Andlig omvårdnad innebär att vårdaren försöker se hela människan, finnas till hands för patienterna, visa empati, ha goda tankar om patienten och vara öppen och trygg. Wiklund menar att när människan lever i kamp om liv och död aktualiseras livsfrågor. Vem är jag? Vem har jag varit? Reflektion över sjukdomen och hur framtiden ska bli förekommer, sjukdomen kan upplevas som ett straff (Wiklund, 2003, s. 109-110). Om människan kan relatera till en situation fylld av mening är det möjligt för honom/henne att finna mening i lidandet. Det blir då möjligt att uppleva lust, glädje och hopp (Wiklund 2003 s.139). Respondenterna tolkar detta som att det är viktigt att vårdpersonalen respekterar patientens andliga behov för att kunna finna en mening i lidandet och sjukdomen. Att vårdarna kan diskutera andliga frågor med patienten även om vårdaren inte själv är religiös eller tillhör annat trossamfund än patienten.

Strang, m.fl. (2002) anser att alla skall respekteras och accepteras oberoende deras livsstil och patienten har själv rätt att fatta beslut och man får inte kränka patienten. Wiklund (2003, s.140) skriver att människan kan komma närmare sig själv när hon/han utkämpar lidandets kamp genom det ofrånkomliga lidandet. Genom att människan tvingas möta livsfrågor, gott och ont, skam och värdighet kan hon på ett nytt sätt börja förstå sig själv. Med detta så skall sjukskötaren, oberoende om denne själv har samma värderingar eller åsikter som patienten, bemöta patienten på ett sätt som inte känns kränkande för patienten. Man sätter sina egna åsikter åt sidan.

8 Kritisk granskning

I detta kapitel har respondenterna kritiskt granskat litteraturstudiens tillförlitlighet enligt Larsson (1994). Larsson har delat in kvalitetskriterierna i olika delar: Kvaliteter i framställningen som helhet, kvaliteter i resultaten och validitetskriterier. Respondenterna har valt att använda sig av en underkategori från alla delar.

8.1 Intern logik

Innebär en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik och är den mest använda kriterierna. Denna harmoni bygger på ett slutet system där det vetenskapliga arbetet ska vara en väl sammanfogad konstruktion. Det viktigaste är att alla enskilda delar relaterar till en helhet. Men man får inte bli för metodfixerad för meningen är inte att man ska binda sig till en metod eftersom det kan påverka resultatet (Larsson, 1994 s.168-170).

Respondenterna valde tidigt att använda sig av den kvalitativa metoden eftersom man ville veta mera om uppfattningar och erfarenheter av personer som nyligen drabbats av cancer. Vi behövde en metod som var bred men även såg till helheten. Trots att kvalitativ metod ser mera till helhet var det viktigt att även den enskilda individens uppfattningar beaktades. För ett få en bra helhet är det viktigt att vårt arbete behåller en röd tråd genom hela arbetet för att göra examensarbetet lättläst och därmed kan andra ha lättare att ta till sig resultatet.

8.2 Struktur

För att ett innehåll ska ha god struktur bör det finnas en god överskådlighet och inte vara så invecklad. Att arbetet är enkelt gör att flera kan ta till sig arbetets innehåll. En god struktur innebär också att resultatet ska vara tydligt, inga suddiga gränser som gör att man kan tolka resultatet olika beroende på vem som läser det. För att kunna göra en sammanfattning är struktur nödvändig, men för att få ett resultat som tydliggör strukturen behövs det struktur även i råmaterialet. Ändå är det i slutprodukten, texten, som bedömningen sker (Larsson, 1994, s.173-175).

Respondenterna har valt att dela in resultatet i två delar för att få det så enkelt och överskådligt som möjligt. Vi har använt oss av ett enkelt språk och undvikit medicinska termer för att även andra än sjukvårdspersonal ska förstå innehållet. Vi hade lite svårigheter att göra resultatet tydligt utan suddiga gränser eftersom vårt examensarbete handlar om känslor och alla människor är ju individer med olika behov. Resultatet har indelats i olika stycken för olika artiklar, allt för att undvika att källhänvisningen ska göra att resultatet blir svåröverskådligt.

8.3 Heuristiskt värde

Med heuristiskt värde vill man att läsaren ur någon aspekt skall lära sig något nytt. All forskning, inte bara kvalitativa metoder, vill systematiskt göra nya upptäckter. Men en kvalitativ studie är beroende av att man skapar något nytt, framställningen och dess förmåga att delge fakta till läsaren blir en viktig del. Lyckas man med analysen får man ett nytt sätt att se på verkligheten, nya begrepp och nya omständigheter som kan relateras till sitt sammanhang och det obegripliga blir rimligt. Att kunna förmedla en bild av verkligheten är viktig för att läsaren ska få en subjektiv förståelse för andra människor (Larsson, 1994, s.179-180)

Vårt mål med detta examensarbete var att få en inblick i en annan människas verklighet, att kunna förstå hur vi ska kunna stöda en människa som plötsligt befinner sig i en livskris, där livet kommer att förändras och där de inte ens vet om de kommer att överleva. Så gott som alla artiklar som använts var fallstudier eftersom endast de som har drabbats av cancer kan berätta hur det känns och på vilket sätt de vill bli bemötta.

Vi har analyserat de vetenskapliga artiklarna och sammanställt dem där både ny och gammal kunskap framkom. Och eftersom de flesta artiklarna gav samma resultat kan man dra slutsatsen att vår sammanfattning ligger ganska nära sanningen.

9 Diskussion

Respondenterna har med detta examensarbete velat få svar på frågorna: Hur kan vi som blivande sjukskötare bemöta och stöda den cancerdrabbade? Hur kan vi som sjukskötare identifiera patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov? Respondenternas syfte har varit att genom en kvalitativ litteraturstudie få fram kunskap och förståelse för personer som drabbats av cancer. Respondenterna anser att en svårt sjuk människa borde få ett så bra stöd som möjligt och bli bemötta på ett sådant sätt som patienten själv vill bli bemött på.

Sjukskötare som kommer i kontakt med personer med cancer bör veta att cancersjuka kan ha frågor de vill ha svar på, då är det viktigt att sjukskötaren kan svara på dessa frågor. Detta är en anledning till att respondenterna i arbetet tar upp vilka olika stödgrupper Österbottens cancerförening har tillgänglig för den cancerdrabbade och hur vi som sjukskötare kan lotsa patienter i rätt riktning för att komma i kontakt med dessa.

Respondenterna har sökt efter artiklar som berört ämnet cancer och analyserat artiklarna med hjälp av innehållsanalys och sammanställt dem i en resuméartikel. Artiklarna som hittades var endast 10 till antalet eftersom respondenterna hade svårt att hitta artiklar som berörde bemötande och stöd åt den cancerdrabbade. Artiklar om cancer finns, men de flesta svarade inte på studiens syfte och frågeställningar. Respondenterna skulle till exempel ha velat hitta artiklar som berör bemötande av cancerpatienter med smärta, men de artiklar som hittades berörde för de mesta vilka typer av smärta som finns och hur man skall behandla smärtan.

Respondenterna ser en röd tråd genom de artiklar som valts, de svarade på våra frågeställningar. När vi tolkade resultaten mot bakgrundslitteraturen anser vi att vi fick svar på våra frågor. Resultaten visade att cancerpatienter vill ha en nära relation med sjukskötarna som vårdar dem och att det krävs av sjukskötaren att denne är lyhörd för patientens olika sinnesstämningar. Det gäller för vårdaren att ha ”tyst kunskap”, att kunna ”läsa av” hur patienten mår just i denna stund. Vi valde att inte ta med intuition och tyst

kunskap i vårt examensarbete därför att arbetet skulle ha blivit för stort. Av samma orsak valde vi att inte ta med vilket stöd anhöriga behöver vid en nära anhörigs cancerdiagnos.

Lena Wiklunds bok *Vårdvetenskap i klinisk praxis* som utgår från Katie Erikssons vårdteori har använts som teoretisk utgångspunkt, den boken valdes därför att den är lättläst och lättförståelig. Vårdteoretikern Katie Eriksson (Wiklund 2003 s. 79) anser att i arbetet som vårdare är det viktigt att ha utgångspunktet på människan och hälsan klar. Vad vårdaren tar fasta på i målsättningar för vården och patientanalysen avgörs i det teoretiska perspektivet. Betraktar vårdaren människan bara som en biologisk kropp blir konsekvensen av ohälsa en kroppslig dysfunktion. Detta tycker respondenterna är viktigt att vårdaren har klart för sig när han/hon vårdar en person med cancer.

Vidare forskning inom cancervård kunde göras genom intervjuer med överlevande cancerpatienter. Hur har de upplevt bemötande och finns skillnader i bemötande gällande män och kvinnor.

Källförteckning

- Adelbratt, S., Strang, P. (2000). Death anxiety in brain tumor patients and their spouses. *Palliativ medicine*, 14, s.499-507
- Bränden, H. (2007). *Sjukdomars uppkomst*. Lund: Studentlitteratur
- Carlsson, M. (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur
- Cullberg Weston, M. (2001). *När beskedet är cancer*. Wahlström & Widstrand
- Gill, F. & Duffy, A. (2010). Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British Journal of Nursing*. 19, (12) 761-767.
- Finlands cancerregister (2013).
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/se/statistik/cancerstatistik/koko-maa/> (hämtad 4.1.2014).
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3uppl. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. (2008). *Handbok i psykisk första hjälpen*. (u.o). Föreningen för mental hälsa i Finland
- Hellbom, M. & Thomé, B. (2011). *Perspektiv på onkologisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hubbard, G., Illingworth, N., Rowa-Dewar, N., Forbat, L. & Kearney, N. (2009). Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer. *Journal of Clinical Nursing*. 19; 2023–2031
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6), 1300-1308)
- Intervju med cancersköterskan Christine Kung (2014).

- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Nordic College of Caring Science*. 22; 582-589.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Leydon, G., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., McPherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ* 320: 909–13
- Lundmark, M. (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. *Vård i Norden*. 25 (4): 30-6
- Maguire, P., Pitceathly, C. (2003). Improving the psychological care of patients with cancer and their relatives. The role of specialist nurses. *J Psychosom Res* 55: 469–74
- Mårtensson, G., Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Do Oncology Nurses Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress? *Oncology Nursing Forum*. 37(1) E34-E42
- Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur
- Sand, L. & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet*. Stockholm: Natur och kultur
- Stephens, P., Osowski, M., Fidale, M-S. & Spagnoli, C. (2008). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12 (2): 253-258
- Strang, Peter. (2012). *Cancerrelaterad smärta. Onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur. 2:1uppl
- Strang, S., Strang, P. & Ternestedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinic Medicine*. 11 (1): 48-57.
- Thorne, S., Oliffe, J., Kimsing, C., Hislop, T.G., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E-A. & Oglov, V. (2009). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*. 19, 746-754

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Wood, C., Ward, J. (2000). A general overview of the cancer education needs of non-specialist staff. *Eur J Cancer Care* 9: 191–6

Quinn, B. (2003). Exploring nurses' experiences of supporting a cancer patient in their search for meaning. *Eur J Oncol Nurs* 7(3): 164–71

Österbottens Cancerförening (2013a).

<http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/pa-svenska> (hämtad 5.2.2014).

Österbottens Cancerförening (2013b).

<http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/pa-svenska/verksamhet-och-stod/samtalsgrupper> (hämtad 5.2.2014).

Österbottens Cancerförening (2013c).

<http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/pa-svenska/verksamhet-och-stod/stodpersonsverksamhet> (hämtad 5.2.2014).

BILAGA 1

Författare & Publikations- årtal	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Adelbratt S. & Strang P. (2000)	Death anxiety in brain tumour patients and their spouses	Att undersöka om personer som diagnostiserats med svår sjukdom har mera funderingar kring existentiella frågor och ökad dödsångest.	20 patienter med elakartad hjärntumör intervjuades. Antalet intervjuer var inte förutbestämt utan avslutades först när tillfredsställande resultat hade nåtts. Resultaten analyserades med hermeneutiskt metod.	Studien visar att både patienter och deras anhöriga har många existentiella tankar och dödsångest. Problemen förbises lätt eftersom dödsångesten inte alltid uttrycks direkt. Personalen måste vara medveten om dessa situationer för att kunna ge existentiellt stöd
Armstrong E-A, Harris S, Hislop T- G, Kimsing C, Oglov V, Olfiffe J, Stajduhar K & Thorne S (2009)	Helpful communicatio ns during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences	Att undersöka betydelsen av vårdpersonalens kommunikation med patienter som nyligen diagnostiserats med cancer	Man intervjuade 60 nydiagnostiserad e cancerpatienter varannan månad under en längre tid. Man använde tolkande beskrivning och analys av data för att få fram resultatet.	Patienterna uppskattar en individuell anpassad kontakt, att personalen tillkallar patienten vid namn. Patienten kan ha lättare att kontrollera sin rädsla tack vare personalens vägledning. Att som vårdare inge hopp kan ge kraft åt den cancersjuka att orka ta sig igenom sin behandling
Axelsson S,	A caring	Att belysa	Intervju av åtta	För att få en nära

Häggström S, Iranmanesh & Sävénstedt K. (2009)	relationship with people who have cancer	innebörden i en vårdande relation med personer med cancer.	sjuusköterskor om deras erfarenheter om vården av patienter med cancer. Man använde sig av en fenomenologisk hermeneutisk metod influerad av Ricoeur.	relation till patienterna och deras anhöriga så krävdes det att sjuuskötarna var närvarande, lyssnade på patienterna, delade med sig av deras berättelser och uppfattningar, samt respekterade deras tro.
Bondevik M & Kvåle K (2008)	What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer	Syftet var att få en inblick i cancerpatienters uppfattningar om hur viktigt det är att bli respekterad som partners och få vara med och ta beslut om ingrepp och vård och om orsakerna bakom deras önskemål.	Man intervjuade 20 patienter med olika cancerdiagnoser och som var i olika sjukdomsskeden med olika prognoser. Man använde sig av Giorgis vetenskapliga förhållningssätt till fenomenologin.	Resultaten kategoriserades i tre grupper med betydelse för patientcentrerad vård från patienternas perspektiv: Delaktighet, Få vara med i beslutfattandet om den egna behandlingen av sjukdomen och partnerskap i omvårdnaden
Carlsson M & Mårtensson G (2010)	Do Oncology Nurses Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress?	Tyngdpunkten i denna studie var att undersöka sjuuskötarens planering och genomförande av individualiserad vård i relation till patienternas känslomässigt lidande, som bedömdes av sjuuskötare.	Frågeformulär. Sjuuskötare och cancerpatienter deltog	Resultaten visar att sjuuskötarna planerade olika omvårdnadsåtgärder riktade mot patientens känslomässiga behov men att denna individuella tillvägagångssätt knappast återspeglades i sjuuskötarens omvårdnad. Med

				ett undantag, fanns inga betydande skillnader mellan sjukskötarens omvårdnad när de riktas mot fler, jämfört med mindre, stressade patienter. Sjukskötare och patienter uppfattade inte sjukskötarens omvårdnad på samma sätt.
Duffy A & Gill F (2010)	Caring for cancer patients on non-specialist wards	Att ge en överblick över aktuella trender och utveckling inom cancervården i ett försök att identifiera de olika tidigare forskningarna som rör vård av patienter med cancer på icke-specialiserade vårdavdelningar.	Litteraturöversikt	Tre övergripande teman framkom: Kommunikation inom cancervården Kunskap om att informera om cancer Den känslomässiga karaktären av cancer omvårdnaden
Fidale M, Orowski M, Spagnoli C & Stephens P (2008)	Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With	Att identifiera utbildningsbehov och bekymmer som nya patienter med nydiagnostiserad bröstcancer kan fundera på	200 kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer rekryterades till undersökningen som gjorde genom	Resultatet visade att de flesta hade en oro över att cancer skulle komma tillbaka. Emotionella, sociala och fysiska begränsningar har

	Breast Cancer After Surgery		telefonintervjuer .	identifierats som viktigast att hantera efter en bröstcancerdiagnos . Sjuksköterskor kan förbättra vårdkvaliteten för kvinnor med bröstcancer och deras familjer genom att tillhandahålla ytterligare stödtjänster och information om efterbehandling under den inledande utbildningen och uppföljningssamtal .
Forbat N, Hubbard G, Illingworth N, Kearny N & Rowa-Dewart N (2009)	Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer	Undersöker den roll vårdaren har i beslutsfattandet av patientens cancerbehandling	Intervjuer av 66 patienter och deras 43 vårdare inom det första året efter att de fått cancerdiagnosen	Vårdarna är involverade i beslutsfattande om behandlingen inom cancervården och bidrar till att involvera patienterna genom sitt agerande under, före och efter samråd med läkare. Vårdarna kan fungera som kanaler för informationen från patient till kliniker och från läkaren till patienten. De kan också fungera som handledare under överläggningarna, hjälpa patienter att

				överväga om de skall ta en behandling eller inte och iså fall vilken behandling.
Lundmark M (2005)	Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal	Vårdpersonal på en onkologiavdelning beskriver konceptet av andlig omvårdnad och vilka svårigheter personalen upplever att de har med att ge andlig omvårdnad. En definition av begreppet ”andlig omvårdnad” är konstruerad från en tidigare studie gjord av Strang, Strang & Ternestedt (2002)	Enkät, två frågor med öppna svarsalternativ	Viktigt att ge patienten andligt utrymme, kunna diskutera existentiella frågor med personalen. Många vårdare känner osäkerhet i att de andlig omvårdnad. Det finns många praktiska orsaker på varför andlig omvårdnad uteblir bl.a. resurs- och tidsbrist
Strang P, Strang S & Ternested B-M (2002)	Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff	Syftet med studien var att beskriva hur svenska sjuksköterskor på sex olika typer av enheter beskriver innebörden av andliga behov i ett brett sammanhang och vilken slags betydelse sjuksköterskor	Man utvecklade ett frågeformulär efter noggrann litteraturstudie och man intervjuade personal. En enkät genomfördes med tyngdpunkt på två öppna frågor. Resultaten analyserades	98% konstaterade att holistisk vård är väldigt viktigt. Endast 49 % angav att holistisk vård praktiserades på deras avdelning. Bara 2/3 ansåg att holistisk vård innefattar andlig vård. Ändå betonade 87 % vikten av att uppmärksamma

		<p>ställer på den andliga vården. Ett annat syfte var att studera om det fanns patientgrupper som hade särskilda behov gällande själslig/existentie ll vård.</p>	<p>med innehållsanalys</p>	<p>dessa behov. Trots detta rapporterades att endast 42 % av personalen uppmärksammade andliga behov hos patienterna på den egna avdelningen. De flesta hade stött på patienter med andliga behov, endast 4 % hade sällan eller aldrig stött på patienter med andliga behov. Majoriteten (59 %) angav att utbildning i andliga frågor för personalen borde prioriteras högt.</p>
--	--	--	----------------------------	--